

Uppdraget skickas till Swedbank Försäkring,
FE 902, 107 77 Stockholm

P-id

Organisationsnummer																				
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Personnummer																				
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Försäkrings FRÅN vilken kapitalet ska flyttas

Försäkringsnummer

Försäkringsbolag (avgivande bolag)	
------------------------------------	--

Försäkringstagare	Organisations-/Personnummer	Utl. Skatteregistreringsnr*
-------------------	-----------------------------	-----------------------------

Försäkrad (om annan än försäkringstagare)	Personnummer	Utl. Skatteregistreringsnr*
---	--------------	-----------------------------

Kategori	<input type="checkbox"/> Privat pensionsförsäkring	<input type="checkbox"/> Tjänstepensionsförsäkring
----------	--	--

*Ska anges av fysisk eller juridisk person som endast är begränsat skatteskyldig i Sverige.

Uppskattat försäkringskapital**	kr
---------------------------------	----

**Ska anges pga Svensk Försäkrings rekommendation *Informationsgivning i samband med flytt*

Ombud	P-id	E-post	Telefon (även riktnr)
-------	------	--------	-----------------------

Vid tjänstepension då plan omfattande flera anställda ska flyttas: Bifoga lista med försäkringsnr, personnr, försäkrads namn, försäkrads underskrift för samtliga anställda som flytten avser. Jag/VI säger härmed upp ovanstående försäkringsavtal och vill att försäkringskapitalet ska flyttas till nedan angiven försäkring.

Jag/VI är medveten om att försäkringen upphör att gälla i och med att försäkringskapitalet överflyttas och att jag/VI därefter inte har några anspråk gentemot det avgivande försäkringsbolaget på grund av den avslutade försäkringen. Jag/VI är införstådd med att eventuella kostnader i samband med flytten kommer dras från mitt försäkringskapital före överflyttningen.

Jag/VI är medveten om samt godtar och tar fullt ansvar för att om flytt av kapitalet enligt detta uppdrag inte sker från en pensionsförsäkring till en annan pensionsförsäkring, kan jag/VI personligen drabbas av avskattning enligt inkomstskattelagen.

Jag/VI godkänner att det avgivande försäkringsbolaget äger rätt att begära in hälsobehandlingar vid eventuell hälsoprövning.

Jag/VI godkänner att försäkringskapitalet överflyttas till nedan angivet bolag så snart det avgivande bolaget fått in de handlingar som krävs och handlagt ärendet klart. I annat fall genomförs flytten vid den tidpunkt som framgår av försäkringsvillkoren.

Jag har fått uppgifter om flyttavgifter och omfattning av nuvarande försäkringsavtal via blanketten "Begäran om upplysningar inför eventuell flytt" eller på annat sätt.

Underskrift

År, mån, dag	Försäkringstagare
Namnförtydligande	

År, mån, dag	Försäkrad (om annan än försäkringstagare)
Namnförtydligande	

Datum	Oåterkallelig förmånstagare (i förekommande fall)	Namnförtydligande

Försäkring TILL vilken kapitalet ska flyttas

Mottagande bolagets intygande angående pensionsförsäkring

Mottagande bolag intyggar, och tar det fulla ansvaret för, att den mottagande försäkringen som tecknats för att ta emot försäkringskapitalet, uppfyller alla krav som ställs på en pensionsförsäkring enligt inkomstskattelagen och att denna försäkring inte är ett individuellt pensionssparkonto (IPS). Vidare intyggar mottagande bolag, och tar det fulla ansvaret för, att försäkringen har samma försäkringstagare och försäkrad som den försäkring som försäkringskapitalet flyttas från enligt ovan.

Bankgiro (ej OCR-spärrade)	Cearing	Referens	Kategori
5635-4509	8612-4		<input type="checkbox"/> Privat pensionsförsäkring <input type="checkbox"/> Tjänstepensionsförsäkring
Försäkringsbolag (mottagande bolag)	Styrelsens säte	Organisationsnummer	Utdelningsadress
Swedbank Försäkring AB	Stockholm	516401-8292	105 34 Stockholm
Datum	Underskrift - behörig företrädare för försäkringsbolaget	Namnförtydligande	
E-post	Telefon	Hemsida	
utflytt@swedbank.se	08 - 5859 0000	www.swedbank.se	



